



Samhandling om kvardagsrehabilitering – ein kvalitativ studie

Collaboration on Reablement – A Qualitative Study

Anne Marie Sandvoll

Førsteamanuensis, Institutt for helse- og omsorgsvitskap, Høgskulen på Vestlandet, Førde
annemsa@hvl.no

Torunn Ruud

Avdelingsjukepleiar, Vik kommune, Vik i Sogn
torunn.ruud@vik.kommune.no

Atle Hole Sæterbakken

Førsteamanuensis, Institutt for idrett, kosthald og naturfag, Høgskulen på Vestlandet, Sogndal
atle.saeterbakken@hvl.no

Samandrag

Studiar om fagpersonar sine erfaringar med samhandling om kvardagsrehabilitering er etterspurt. Hensikta med studien var å utforske og beskrive korleis tilsette erfarer samhandling om kvardagsrehabilitering. Gjennom 13 kvalitative intervju fekk vi innsikt i korleis tilsette i heimetenestene erfarer samhandlinga. Informantane beskriv ei ambivalens i samhandlinga. På den eine sida opplever informantane god samhandling i teamet, felles forståing for oppgåvene og lite konfliktar innanfor teamet. Samstundes erfarer informantane at samhandlinga med resten av heimetenestene er meir utfordrande. Denne ambivalansen kan forståast som at informantane opplever å stå i eit spenningsfelt mellom ope og lukka samarbeid. Vidare er fleksibilitet i samhandlinga viktig for at arbeidsoppgåvene skal bli gjort og kvardagen skal fungere. Informantane må ofte prioritere oppgåver i heimetenesta framfor kvardags-rehabilitering, og ta att oppdrag med kvardagsrehabilitering seinare på dagen. Fleksibiliteten er særleg utfordrande for informantane med delt stilling i kvardagsrehabiliteringsteam og ordinær heimeteneste. Prioriteringa av hasteoppgåver bremsar arbeidet med kvardagsrehabilitering. Informantane beskriv korleis digitalisering lettar samhandlinga mellom for eksempel fastlege, sjukehus og heimetenesta. Elektroniske verktøy fungerer som ein møteplass for sam-handling. Det er behov for vidare utforsking av korleis digitalisering bidreg i samhandlinga om kvardagsrehabilitering.

Nøkkelord

samhandlingsreformen, intervju, heimeteneste, fleksibilitet, digitalisering

Abstract

Research on collaboration and professionals' experience of reablement is needed. The purpose of this study was to explore and describe how home care staff experience collaboration with reablement. Through interviews with 13 informants in home care services we gained insight into how the informants experience this. The informants describe an ambivalent experience. On one hand, the informants experience good interaction inside the reablement team, with little conflicts. At the same time, they describe how the collaboration with the rest of the home care services was more challenging. This ambivalence can be understood as informants' experience of a tension between relational cooperation and operationally closed collaboration. Flexibility in the collaboration seems important to complete all tasks done during the day. Informants describe how they must prioritize tasks in home care above

reablement and perform reablement later. In particular, informants in shared positions expressed challenges related to flexibility. The flexibility inhibits the work on reablement. The informants describe how digitization improves the collaboration between for example the general practitioner, hospital, and home care service. Digital tools have become an important venue for collaboration. Further research to explore how these electronic tools can contribute to collaboration in reablement is needed.

Keywords

Coordination reform, Interviews, home care, flexibility, digitalization

Kva veit vi allereie om dette emnet?

- Det er fagleg stimulerande å arbeide med kvardagsrehabilitering, der fagpersonar har ulike roller i teamet.
- Kvardagsrehabilitering krev at fagpersonar må samhandle tett, og møteplassar for samhandling er etterspurta.

Kva tilfører denne studien?

- Informantane erfarte ei ambivalens i samhandling om kvardagsrehabilitering; det var god samhandling innanfor teamet, medan samhandlinga med resten av heimetenestene var utfordrande. Det var også utfordrande med delt stilling i kvardagsrehabiliteringsteam og ordinær heimeteneste og fleksibilitet var sentralt for å få arbeidsoppgåvane gjort.
- Digitalisering ser ut til å lette samhandlinga. Nye elektroniske verktøy ser ut til å fungere som møteplass for samhandling.

Introduksjon

Kommunane har ansvar for å ivareta innbyggjarane sine behov for helse- og omsorgstenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011), og om lag 240 000 personar i Noreg får helsetenester i heimen eller hjelp til daglege gjeremål (Statistisk Sentralbyrå, 2019). Tidelege rehabiliteringstiltak kan betre den enkelte sin funksjon og utsette behov for omsorgstenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). For å halde fram med å bu heime er det sentralt å vedlikehalde god funksjon når det gjeld aktivitetar i daglelivet (ADL) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, 2018). Med Samhandlingsreforma har kommunane fått utvida ansvarsområder og overteke fleire oppgåver frå spesialisthelsetenesta som aktiv omsorg og førebyggande tiltak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Aktiv omsorg og førebyggande tiltak inngår i kvardagsrehabilitering.

I Noreg vart kvardagsrehabilitering for alvor kjent i gjennom NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg* (NOU, 2011). Kvardagsrehabilitering kan utsetje behovet for institusjonstenester gjennom eigenmestring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, 2013, 2018), samt betring av ADL-funksjonen (Birkeland, Tuntland, Førland, Jakobsen & Langeland, 2017; Langeland et al., 2016). Kvardagsrehabilitering inneber eit tankesett som skal medverke til at brukaren blir meir sjølvhjelpen i aktivitetar vedkomande ser som viktige i daglelivet (Birkeland, Langeland, Tuntland, Jacobsen & Førland, 2018; Førland & Skumsnes, 2016; Hartviksen & Sjølie, 2017). Kvardagsrehabilitering vert beskrive som fagleg stimulerande blant tilsette og har difor blitt omtala som ein «vinn-vinn-situasjon» for både brukarar og tilsette (Birkeland et al., 2018; Birkeland et al., 2017; Hjelle, Skutle, Førland & Alvsvåg, 2016; K. Vik, 2018). Kvardagsrehabilitering vert anten organisert som spesialiserte, frittståande team eller som integrerte team i heimetenesta (Birkeland et al., 2018). Spesialiserte team kan ha fleire fagpersonar (fysioterapeut, sjukepleiar, ergoterapeut) som samarbeider intensivt for å utvikle høg kompetanse fordi alle har fokus på kvardagsrehabilitering. Integrerte team jobbar

saman med heimetenesta i gjennomføringa av kvardagsrehabilitering, der alle i heimetenesta får erfaring og bidreg med kvardagsrehabilitering (Birkeland et al., 2018).

Kvardagsrehabilitering krev at fagpersonane må samhandle tett, praktisere ut frå eit nytt tankesett og utføre nye oppgåver (Jokstad, Landmark, Hauge & Skovdahl, 2016; A. Moe, Ingstad & Brataas, 2017). Fagpersonane sine kunnskapar, haldningar og evner til å motivere er viktig for at kvardagsrehabiliteringa skal lykkast (Jokstad et al., 2016; A. Moe et al., 2017). Moe (2017) studerte etableringa av kvardagsrehabilitering i ein kommune og peika på behovet for å utforske korleis tilsette i heimetenestene erfarer kvardagsrehabilitering, og korleis det er å arbeide i kvardagsrehabiliteringsteam. Vidare har Hjelle et al. (2018) beskrive rollene til tilsette som arbeider i kvardagsrehabiliteringsteam. Fysiotapeutar i teamet hadde rolla som konsulenter og rådgjevarar, planla, delegerte til heimetrenarar og følgde opp (Hjelle et al., 2018).

Behovet for betre samhandling er understreka i samhandlingsreforma (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009), og handlar om korleis ulike fagprofesjonar fordeler oppgåvene mellom seg og handlar saman for å nå eit felles mål (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; Orvik, 2015). Begrepet samhandling eksisterer ikkje i engelsk litteratur (Hellesø, Lyngstad, Brattheim & Melby, 2019). Integrerte helsetenester (*integrated care*) har vore brukt, og eit sentralt aspekt er å koordinere tenesta rundt brukaren sine behov (Goodwin, Stein & Amelung, 2017; Hellesø et al., 2019). I Noreg har Vik (2018) utvikla ein samhandlingstypologi med fire idealtypiske former som kjenneteiknar samhandling hjå helseprofesjonar. Ei form er relasjonelt samarbeid, som er prega av nærleik og samankopling, og helseprofesjonane sine ulike forståingar kjem i kontakt med kvarandre. Den andre forma er operasjonelt lukka samarbeid, som er prega av nærleik og differensiering. Her kjem ikkje profesjonane fram til ei semje om kva som skal ligge til grunn for samhandlinga (E. Vik, 2018). Den tredje forma er koordinert oppgåvefordeling, prega av avstand og samankoppling. Sjølv om ein ikkje har fysiske møteplassar er samhandlinga koordinert og rasjonell og ligg tett opp mot samhandlingsreforma si definisjon av samhandling. Fragmentert oppgåvefordeling er den fjerde forma, som ber preg av avstand og differensiering, der ein manglar møteplassar og kunnskap om kvarandre si forståing. Typologien til Vik (2018) kan bidra til å beskrive samhandlingsbegrepet som treng nærmare avklaring og utforskning.

God samhandling vert løfta fram som sentralt for å lykkast med kvardagsrehabilitering (Fürst & Høverstad, 2014; Førland & Skumsnes, 2016; Langeland et al., 2016; Ness et al., 2012; Tuntland & Ness, 2014). Studiar syner at det er utfordrande å finne møteplassar og lokale retningslinjer for samhandling (E. Vik, 2018). Vidare kan helsetenestene opplevast som separate siloar som ikkje samhandlar (Goodwin et al., 2017; Hellesø et al., 2019). For å få til god samhandling mellom ulike fagpersonar, vil det vere nyttig med kjennskap til faktorar som fremmar og hemmar samhandlinga (Kassah & Tønnessen, 2016; C. F. Moe et al., 2019). Det er førebels forska lite på erfaringar med samhandling mellom fagpersonar som jobbar med kvardagsrehabilitering (Aspinal, Glasby, Rostgaard, Tuntland & Westendorp, 2016; Hjelle et al., 2016; C. F. Moe, 2017). Difor er hensikta med denne studien å utforske og beskrive korleis tilsette i heimetenestene erfarer samhandling om kvardagsrehabilitering, og vi har formulert følgjande problemstilling: *Korleis erfarer tilsette i heimetenestene samhandling om kvardagsrehabilitering?*

Metode

For å få fram erfaringar tilsette i heimetenestene har med samhandling om kvardagsrehabilitering, vart det nytta kvalitative forskingsintervju (Malterud, 2017). Fyrst gjennomførte vi to fokusgruppeintervju i to kommunar med tre og fem deltagarar i kvar fokusgruppe. Deretter gjennomførte vi seks individuelle intervju.

Utval

13 informantar deltok i studien. Kriterier for inklusjon var erfaring med kvardagsrehabilitering (arbeid med brukar eller tildeling av tenester), med ulik yrkesbakgrunn/utdanning som til dømes sjukepleiar, leiar, fysioterapeut, ergoterapeut eller helsefagarbeidar. Dette for å få breidde i utvalet for å kunne synleggjere yrkesgrupper som naturleg samhandlar om kvardagsrehabilitering. Informantane arbeidde i 5 ulike kommunar (A–E) og vert presentert i tabell 1. Størrelsen på kommunane varierte frå 2000 til 13000 innbyggjarar. Tre av kommunane organiserte kvardagsrehabilitering gjennom spesialistteam medan to kommunar hadde kvardagsrehabiliteringa integrert som ein del av heimetenesta, jf. tabell 1. Heimetenesta gjev praktisk bistand (t.d. heimehjelp eller levering av mat) eller pleie og omsorg i heimen.

Tabell 1 Beskriving av informantar, organisering av kvardagsrehabilitering (KR) og deltaking i type intervju.

Informant	Kommune	Utdanning *leiarfunksjon	Delt (D) eller heil (H) stilling i KR	Organisering av KR Spesialistteam (S), inte- grert i heimetenesta (I)	Fokusgruppe (F) eller/og individu- elt intervju (I)
1	A	Sjukepleiar*	D	I	F
2	A	Helsefagarbeidar	D	I	F
3	A	Hjelpepleiar	D	I	F
4	B	Sjukepleiar*	D	I	F
5	B	Sjukepleiar*	-	-	F
6	B	Sjukepleiar	D	I	F
7	B	Ergoterapeut	D	I	F
8	B	Helsefagarbeidar	D	I	F/I
9	C	Bachelor idrett	H	S	I
10	C	Fysioterapeut	D	I	I
11	D	Ergoterapeut	D	S	I
12	D	Sjukepleiar	D	S	I
13	E	Fysioterapeut	H	S	I

Sisteforfattar inviterte fire kommunar til å delta i studien via e-post og telefon. To av kommunane (A og B) hadde anledning til å gjennomføre fokusgrupper. Fokusgruppene var sett saman av leiarar, sjukepleiar og helsefagarbeidarar i heimetenesta, jf tabell 1. Gjennom fokusgruppeintervjua erfarte vi at enkelte informantar som jobba nær brukarane, verka å ha ein del erfaringar, men såg ut til å reservere seg i situasjonen. Det at informantane representererte ulike nivå i kommunen (t.d. leiar, sjukepleiar eller helsefagarbeidar) kan vere uheldig for kommunikasjonen i fokusgruppeintervjuet (Malterud, 2012). Vi drøfta desse utfordringane etter intervjuja og valde å gå vidare med individuelle intervju med informantar som arbeidde nær brukarane og hadde erfaring med kvardagsrehabilitering. Ingen leiarar vart difor rekrutterte til individuelle intervju.

Vi kontakta difor nokre deltakarar frå fokusgruppeintervjuja og spurte om dei kunne tenke seg å bli intervjuaa åleine. Ein informant vart rekruttert på den måten. Vidare vart informantar forsøkt rekruttert i nye kommunar (C, D og E) ved at vi sende e-post til leiinga. Dette var utfordrande, og vi måtte etterkvart ta direkte kontakt med tilsette i heimetenes-

tene vi visste hadde erfaring med kvardagsrehabilitering. På denne måten og vidare ved hjelp av snøballteknikken, der informantar som arbeidde med kvardagsrehabilitering kjende til andre med slik erfaring, fekk vi rekruttert fleire. Til saman seks informantar vart rekrutterte til individuelle intervju og vi erfarte at dette var dei som var tilgjengelege (Malterud, 2017).

Datasamling

Første- og andreforfattar gjennomførte fokusgruppeintervjuet. Den eine var moderator og leia intervjuet, medan den andre hadde rolla som sekretær og noterte kven som sa kva, kroppsspråk samt stemninga under intervjuet (Malterud, 2012). Vi hadde på førehand utvikla intervjuguide som bestod av eit innleiingsspørsmål om kva erfaringar informantane hadde med kvardagsrehabilitering. Andre hovudtema var korleis dei erfarte samhandlinga med andre om kvardagsrehabilitering og korleis kvardagsrehabiliteringa fungerte i kommunen i dag. Som avslutning oppmuntra vi informantane til å fortelje om andre relevante erfaringar eller opplevingar. Kvart intervju vara i vel ein time.

Gjennom fokusgruppeintervjuet fekk vi mellom anna samla bakgrunnsinformasjon om kommunane. Dette var til dømes korleis kvardagsrehabiliteringa var organisert i dei respektive kommunane, møtepunkt for samhandling og kva informasjon som blir delt til brukarane av tenestene. I tillegg fekk vi fram beskrivingar om korleis samhandlinga om kvardagsrehabiliteringa var mellom fagpersonar som fysioterapeut, sjukepleiarar og helsefagarbeidarar. Vidare kom det fram nokre konkrete erfaringar informantane hadde med kvardagsrehabilitering i praksis. Som nemnt over, erfarte vi likevel gjennom fokusgruppeintervjuet at enkelte informantar hadde fleire konkrete erfaringar, men såg ut til å reservere seg i intervjuasjonen. Ulike perspektiv i samband med ulike roller eller nivå i tenesta kan ha påverka intervjuasjonen, og kommunikasjonen vart mindre strategisk (Malterud, 2012). Dei individuelle intervjuet (med same intervjuguide) vart utført på arbeidsplassane etter avtale med informantane. Intervjuet vart gjennomførte av første- eller andreforfattar og tok om lag ein time kvar. Etter seks individuelle intervju erfarte vi ei metting i datasamlinga i høve problemstilling og materiale (Malterud, 2017).

Intervjuet vart tekne opp digitalt, overført til datamaskin og transkribert. Materialet frå fokusgruppeintervju og individuelle intervju besto av 73 sider transkribert tekst, Times New Roman størrelse 12, enkel linjeavstand.

Analyse

Analysen var inspirert av Malterud sin systematiske tekstkondensering som innehold fire steg (Malterud, 2017). Under analysen prøvde vi å legge eiga føreforståing til side, sjølv om det var utfordrande. Føreforståinga vår handla mellom anna om at vi har erfaring med at samhandling kan vere svært krevjande og at nye tankesett i måten å arbeide på kan sette samhandlinga på prøve.

I det første analysesteget las vi gjennom alt materialet for å danne oss eit heilskapsinntrykk av innhaldet og få eit generelt inntrykk av kva informantane skildra innanfor det aktuelle emnet (Malterud, 2017). Førebelse tema vi kom fram til på dette steget, var *kvardagsrehabilitering – ein del av ein større heilskap, endring tek tid, sentrale medarbeidarar byter jobb, haldningar og samarbeid, eldsjeler og inspirasjon til å halde fram, nye digitale verktøy, motivasjon og behov for rom til planlegging og gjennomføring*.

I det andre analysesteget skilde vi relevant tekst frå irrelevant og sorterte den delen av teksten som kunne kaste lys over problemstillinga. Vi såg etter meiningsberande einingar (Malterud, 2017), og gjekk gjennom teksten linje for linje. Vi merka tekst som inneheldt meiningsbærande einingar innan same tema (frå førre trinn), og gjekk systematisk gjennom materialet. Dette vert kalla koding (Malterud, 2017).

I det tredje steget identifiserte og koda vi dei meiningsbærande einingane vi etablerte i førre steg. Vi la til side dei delane av materialet som ikkje inneheldt meiningsbærande einingar. Nokre kodar inneheldt få meiningsbærande einingar eller var ueigna til å svare på problemstillinga. Desse vart difor kutta ut, til dømes *motivasjon og tid og rom til planlegging og gjennomføring*. Andre meiningsbærande einingar som omhandla mykje det same, vart slått saman, til dømes *kvardagsrehabilitering – ein del av ein større heilskap og digitale verktøy*. På dette trinnet var det nyttig å jobbe saman for å diskutere meiningsinnhaldet (Malterud, 2017). Til dømes såg vi at i koden *haldning og samarbeid* låg eit skilje mellom den gode samhandlinga innanfor teamet, medan informantane beskrev ei meir utfordrande samhandling med resten av heimetenesta. Slik vart kvar kode grundig drøfta før det til slutt vart konkludert med *ambivalens i samhandling – spesialistteamet og «dei andre», fleksibilitet i samhandling for å få arbeidsoppgåvene gjort samt digitalisering lettar samhandlinga om kvardagsrehabilitering*. På dette trinnet valde vi også ut «gullsitat» som best illustrerte innhaldet i kodane.

I siste del av analysen samanfatta vi det vi hadde funne i dei føregåande trinna. Vi utvikla ein analytisk tekst for å beskrive kvar resultatkategori. Dette utgjer funna vi vil formidle (Malterud, 2017). Teksten tok utgangspunkt i vår tolking samstundes som vi streva for å sikre at vi hadde fanga opp det informantane hadde uttrykt.

Etiske omsyn

Forskningsprosjektet hadde naudsynle godkjenningar frå Norsk samfunnsvitenskapleg data-teneste (NSD) før oppstart (referanse: 49381/3/AGH). Samtykke frå alle informantane vart innhenta etter at dei hadde fått skriftleg og munnleg informasjon om studien. Informantane er anonymisert i artikkelen (Malterud, 2017; World Medical Association Declaration of Helsinki, 2008).

Styrke og svakheiter ved metoden

Utvalet besto av 13 informantar. Vår erfaring er at det er utfordrande å setje av tid til å la seg intervju i kommunehelsetenesta. Vi måtte henvende oss direkte til tilsette som hadde erfaring med kvardagsrehabilitering. Informantane kjende til andre som kunne rekrutterast (Malterud, 2017). Informantane hadde ulik bakgrunn og kunne bidra med informasjon som belyste problemstillinga.

For å vurdere kvaliteten på studien har vi først og fremst vurdert om studien fekk svar på problemstillinga (Malterud, 2017). Gjennom fokusgruppeintervju fekk vi svar på nokre av spørsmåla i intervjuguiden som til dømes organisering av kvardagsrehabilitering i kommunane. Samstundes erfarte vi at det var utfordrande å gå i djupna på den enkelte informant sine erfaringar i gruppeintervjuet. Dersom vi hadde sett saman ei gruppe med meir lik erfaring eller frå same nivå i tenesta ville det kanskje ha styrka gruppodynamikken og gjort at vi fekk fram fleire erfaringar (Malterud, 2012). Ei anna forklaring på at vi ikkje fekk fram så mange personlege erfaringar gjennom fokusgruppene kan vere at informantane ikkje

kjende kvarandre så godt frå før i og med dei hadde ulike roller i kommunen (Malterud, 2012). Erfaringane var truleg også prega av eiga føreforståing, som handla om at tema rundt samhandling kan vere vanskeleg å snakke ope og fortruleg om. Vi valde difor å halde fram med individuelle intervju, noko som medførte at informantane kunne beskrive sine erfaringar med samhandling fritt. Det er mogleg at vi kunne utfordra informantane i større grad ved å for eksempel be dei fortelje konkrete historier om samhandling for å få fram fleire beskrivingar.

For det andre kan vi vurdere kva overføringsverdi funna har for andre. Funna er av betydning for andre som arbeider med eller forskar på samhandling om kvardagsrehabilitering. Forsking om tilsette i heimetenestene sine erfaringar med både kvardagsrehabilitering og samhandling er etterspurt (C. F. Moe, 2017; E. Vik, 2018). Studien bidreg med kunnskap om korleis tilsette i heimetenestene erfarer kvardagsrehabilitering og samhandling, inkludert kva som kan hemme eller fremme samhandling.

Resultat

Gjennom analysen kom det fram tre kategoriar: ambivalens i samhandlinga – spesialistteamet og «dei andre», fleksibilitet i samhandlinga for å få arbeidsoppgåvene gjort samt digitalisering lettar samhandlinga om kvardagsrehabilitering.

Ambivalens i samhandlinga – spesialistteamet og «dei andre»

Fleire av informantane beskriv ein ambivalens i samhandling. Ambivalensen gjekk ut på at informantane på den eine sida beskriv korleis dei har eit godt samarbeid innanfor spesialistteamet. På den andre sida beskriv informantane korleis dei erfarer ei utfordrande samhandling med «dei andre» (hovudsakleg heimetenesta). Informantane skildra samarbeidet i kvardagsrehabiliteringsteamet som spanande og lærerikt. Vidare beskriv informantane eit samhald og ei felles forståing for oppdraget og at dei såg resultat av den jobben dei gjorde. Samhaldet og den felles forståinga i spesialistteamet motiverte til vidare arbeid.

Ja, me er tre personar i teamet, som alle ser at det verkar og alle ser at det er moro både for oss og for brukarane me er hjå. For me seier ting på ein god måte, og dei (brukarane) tek det imot godt, og dei blir jo betre.

Informantane beskriv samhandlinga med heimetenesta som meir krevjande. Informantar som hadde jobba med kvardagsrehabilitering som metode over fleire år, påpeika at det å overføre tankesettet og arbeidsmetodane til andre tilsette i heimetenesta tok lang tid. Tankesettet inneber mellom anna å fokusere på kva som er viktig for den enkelte samt å trenere på det. Dette kan vere å dusje eller hente posten eller liknande gjeremål. Slik kan ein hjelpe brukarane å gjere ting sjølv framfor å gjere det for dei. Informantane beskriv dette gjerne som å «jobbe med hendene på ryggen». Denne nye måten å jobbe på vart møtt med skepsis og motstand. Fleire informantar (særleg i spesialistteamma) beskriv motstand mot kvardagsrehabilitering i form av haldningar.

Nokon av dei i heimetenesta har ei gammaldags oppfatning av kva god omsorg er. At det er å klappe på og vaske godt, på ein måte «varme hender», dei tenker: «kva slags retning er det dette går? Dei eldre skal ikkje få hjelp lenger?». At det blir veldig kaldt da, på den måten. Dei tenker det, og det kan jo vere litt sant i det også! I visse tilfelle, det blir jo veldig fokus på å redusere tenestene.

Nokre av informantane beskriv korleis kvardagsrehabilitering skal gjennomsyre arbeidsmetodane til alle som jobbar i heimetenesta. Dette viser seg gjennom samarbeidet i teamet, der mål og hensikt er klart definerte. Dette står i kontrast til det krevjande samarbeidet med dei andre, der mål og hensikt med kvardagsrehabilitering ikkje verka like klart, og ikkje vart motteke på same måten.

Me kom som eit sånn «ekspertteam» og skulle liksom fortelle dei kva som var den «rette» måten å jobbe på og så synes mange av dei som jobba i sona at dei sjølv sagt jobba sånn. Dei jobba med aktiv omsorg, og det var ikkje nytta for dei. Men me såg mange ting som dei gjorde veldig passivt, mange sånne små ting som dei ikkje tenkte på så det var mykje å hente. Men det var litt vanskeleg å komme inn til dei tilsette på grunn av denne motstanden.

Informantane beskriv at målet for teamet var at tankesettet om kvardagsrehabilitering skulle overførast til alle i heimetenesta som yter tenestene hjå brukarane, men dette tek tid. Teama fungerer framleis som «spesialistar», og ambivalens i samhandlinga er ein del av arbeidskvardagen.

Det var vel eigentleg snakk om det i utgangspunktet (få tankesettet inn i heimetenesta) men me har ikkje kome noko lenger, det er oss (teamet).

Dei fleste informantane har gode erfaringar med det å jobbe med kvardagsrehabilitering og ser at det har nytte hjå brukaren. Informantane erfarer eit tydeleg skilje mellom den samhandlinga som skjer innanfor spesialistteamma og dei erfaringane informantane har med samhandling ut mot resten av pleie- og omsorgstenesta i kommunen.

Fleksibilitet i samhandlinga for å få arbeidsoppgåvene gjort

Informantane beskriv korleis dei må vere fleksible i samhandlinga for at arbeidsoppgåvene skulle bli gjort slik at kvardagen fungerte. Desse erfaringane vart beskrivne både hjå informantar i spesialistteam og der kvardagsrehabilitering var integrert i heimetenesta. Ein informant (fysioterapeut) skildra korleis ho hadde lært meir om endringsarbeid enn akkurat å utvikle seg reint fagleg etter åra med kvardagsrehabilitering. Ho erfarte korleis ho måtte veksle mellom å utøve kvardagsrehabilitering og å motivere og informere andre tilsette for at dei skulle lukkast med arbeidet.

Fleire av informantane (i hovudsak sjukepleiarar) skildrar korleis dei måtte vere fleksible i arbeidet med dei oppgåvene dei hadde, og at dette vart opplevd som konfliktfylt. Det kan vere med på å svekke kvardagsrehabiliteringa i form av «lettvinte løysingar» og redusert motivasjon. Informantane beskriv korleis dei må prioritere tradisjonelle pleieoppgåver i heimetenesta først og så ta oppgåvene med kvardagsrehabilitering seinare på dagen.

...men det me har gjort ein del, er at me gjerne har vore i pleia først, og så har me teke det arbeidet (kvardagsrehabilitering) etterpå, og det opplever eg som kanskje litt meir slitsamt, for du har ikkje hovudet heilt der då, viss du ikkje får starta med det frå morgonen av.

Ein sjukepleiar beskriv korleis ho erfarte å veksle mellom å arbeide i spesialistteamet og rolla som sjukepleiar i heimetenesta. Dette innebar også eit skifte i tankesettet der ein i eine situasjonen tenker som tradisjonell heimesjukepleiar og i den andre situasjonen tenker kvardagsrehabilitering.

Eg har vel mine svin på skogen, eg også. Dersom det er litt travelt i heimetenesta, så er det av og til at ein gjere ting der ein tenker at «hm, dette burde eg ikkje gjort», det må eg berre innrømme. Når eg går inn til desse brukarane elles så er eg i kvardagsrehabilitering, då er eg ikkje i heimetenesta, for å sei det sånn.

Nokre av informantane erfarte at andre oppgåver og omsyn til andre pasientar konkurrerte med oppdraga i kvardagsrehabiliteringa og at det vert krevjande å halde på rolla som sjukepleiar i teamet. Fleksibiliteten i samhandlinga vert sett på som nødvendig for at kvardagen skulle fungere. Dette innebar at informantane den eine dagen var spesialistar i teamet som utfører kvardagsrehabilitering etter metodane tankesettet bygger på. På neste vakt kunne dei vere i ei travel sone i heimetenesta der kollegaer ikkje anerkjende kvardagsrehabilitering som metode, men at fokuset var å utføre oppgåvene raskt og effektivt. I praksis erfarer informantane korleis dette bremsar arbeidet med kvardagsrehabilitering i kommunen.

Digitalisering lettar samhandling om kvardagsrehabilitering

Informantane opplever ein tydeleg samanheng mellom kvardagsrehabilitering og digitalisering. Informantane beskriv korleis ulike digitale verktøy vert sentralt og lettar samhandlinga om kvardagsrehabilitering i heimetenestene.

Me tenker jo at dette her heng i hop, dette med førebyggande, kvardagsrehabilitering, og velferdsteknologi, ja det heng i hop. Og så har me innført MobilPleie.

MobilPleie vert beskrive som eit godt verktøy (mobiltelefon) for samhandling. Den enkelte tilsette ser kva pasientar ein skal heim til i løpet av dagen, utførte oppgåver og endringar vert dokumentert umiddelbart. Oppdatert informasjon er synleg for tilsette med tilgang til same verktøy. Informantane beskriv den digitale samhandlinga (med andre tilsette i heimetenesta) som mindre krevjande og nyttige for å løyse konkrete oppgåver. Informantane skildrar korleis kvardagsrehabilitering og digitalisering vert ein del av den samla tenesta til brukaren. Digitalisering bidreg slik til samhandling om kvardagsrehabilitering og vert nytta til samhandling mellom til dømes fastlege, heimeteneste og sjukehus.

Heldigvis har vi e-link. Vi sender melding (elektronisk) ved oppstart, at no går vi i gang sånn og sånn, og her er måla for perioden og spør om det er noko medisinsk vi må vite. Og da er dei (fastlegar) veldig positive og seier det er flott. Også sender vi epikrise etterpå med oppsummering og resultat. Og dei er veldig positive. Og da har det hendt at dei (fastlegar) har henvist, for dei blir jo stadig minna på det. E-link er internkommunikasjon mellom sjukehus, fastlege og kommunane. Så det er trygt. Det er via journal-system. Så da kan vi kommunisere med legar og sjukehus. Dette kan alle som jobbar i heimetenesta gjere, inkludert heimetenarane.

Informantane beskriv at elektroniske verktøy lettar samhandlinga og ein får raskt svar. Det er ein fordel at ein kan svare når ein har anledning, då meldingane ligg der tilgjengeleg og ein kan lese rapportar og slik samhandle om kvardagsrehabilitering. Alle tilsette i heimetenesta kan difor halde seg oppdatert og gje brukaren rett hjelp.

Diskusjon

Hensikta med studien var å utforske og beskrive korleis tilsette i heimetenestene erfarer samhandling ved kvardagsrehabilitering. Funna syner at informantane erfarer ein ambivalens i samhandlinga ved kvardagsrehabilitering og at informantane ser fleksibilitet som sentralt for at kvardagen skal fungere. Vidare syner funna at digitalisering bidreg til å lette samhandlinga.

Informantane beskriv eit tydeleg skilje mellom den positive samhandlinga innanfor teama i motsetning til ei meir krevjande samhandling med resten av heimetenesta. Vidare beskriv informantane at det i liten grad oppstår konfliktar mellom profesjonar i teamet. Informantane ser at kvardagsrehabilitering har god innverknad på kvardagsaktivitetane hjå brukaren. Dette er i tråd med funna til Hjelle et al. (2018). Det verkar som samhandlinga i teamet er inspirerande og utviklande i form av kunnskapsheving. Informantane beskriv korleis dei lærer av kvarandre, noko som òg er vist tidlegare (Birkeland et al., 2017; Hjelle et al., 2018; Hjelle et al., 2016; C. F. Moe et al., 2019; Randström, Wengler, Asplund & Svedlund, 2014; K. Vik, 2018).

Informantane beskriv samhald, felles forståing for oppdraget og ein entusiasme som motiverer til vidare arbeid. Denne entusiasmen er tidlegare vist (Birkeland et al., 2018; Hjelle et al., 2018; Hjelle et al., 2016; K. Vik, 2018). Samarbeidet fungerer godt fordi teama består av mange ulike fagpersonar som jobbar tett saman og er dedikerte til same oppgåve (Birkeland et al., 2018; Hjelle et al., 2018; Hjelle et al., 2016; K. Vik, 2018). Birkeland et al. (2018) peikar på at samarbeidet fungerer godt fordi teama ofte består av fagpersonar med lang erfaring og høg kompetanse. Denne typen samhandling kan samanliknast med det Vik (2018) kallar eit relasjonelt samarbeid. Samarbeidet er prega av nærleik og samankopling der ulike helseprofesjonar forstår kvarandre og utviklar ein konsensus for kva som skal ligge til grunn for samhandlinga (E. Vik, 2018).

Informantane erfarer det krevjande å samhandle med resten av heimetenesta. Dette har også tidlegare blitt vist (Hjelle et al., 2018; A. Moe & Brataas, 2016; K. Vik, 2018). Det er behov for eit felles utgangspunkt som grunnlag for betre samhandling mellom dei ulike aktørane i tenesteutføringa (Kjellberg, Helgestad, Madsen & Rasmussen, 2013), samt skreddarsydde tilbod om kompetanseutvikling til faggruppene (Kjellberg et al., 2013). Ei slik kompetanseutvikling vil kunne bidra til å betre samhandlinga mellom fagpersonane i teama og tilsette i ordinær heimeteneste (Kjellberg et al., 2013). Dei motstridande kjenslene informantane beskriv, utgjer opplevinga av ei ambivalens i samhandlinga. Dette kan skuldast organiseringa av kvardagsrehabilitering. Kvardagsrehabilitering kan ikkje isolerast frå eksisterande tenester (C. F. Moe, 2017) då kvardagsrehabilitering vert påverka av fleire aktørar som må involverast for å skape god samhandling (C. F. Moe, 2017).

Ambivalansen i samhandlinga er utfordrande for informantane. Det kan sjå ut som om informantane hamnar i eit spenningsfelt mellom det Vik (2018) beskriv som relasjonelt samarbeid innanfor teamet, og operasjonelt lukka samarbeid mot resten av heimetenesta. Samarbeidet mot resten av omsorgstenesta vert difor prega av avstand og differensiering, der profesjonane ikkje oppnår konsensus for kva som skal leggjast til grunn for dei ulike forståingsrammene (E. Vik, 2018). Kassah og Tønnesen (2016) viser til liknande funn der dei beskriv korleis dysfunksjonelle strukturar vert oppretthaldne og dekker over behovet for tenester og mangelen på ressursar. Ifølgje Hartviksen og Sjølie (2017) må den som er ansvarleg for endringane, sjølv leve opp til den kulturen ein er med å skape. Dette gjeld ikkje berre leiinga, men også aktørane i kvardagsrehabiliteringsteama er viktige i denne samanhengen. Informantane erfarer at dei er pådrivarar for endringsprosessen til kvardagsrehabilitering og at dette kan kome i konflikt med ordinær drift i heimetenestene – spesielt der rammene ikkje ligg til rette for å praktisere kvardagsrehabilitering (Birkeland et al., 2018; Fürst & Høverstad, 2014; Kjellberg et al., 2013). Informantar i delte stillingar peikar på travelheit og kollegaer som ikkje anerkjenner kvardagsrehabilitering som ei potensiell kjelde til konflikt. Informantar med delte stillingar mellom heimeteneste og kvardagsrehabiliteringsteam uttrykte særleg denne konflikten.

Informantane beskriv betydinga av å vere fleksible i samhandlinga og korleis dei har lært meir om fleksibilitet enn å utvikle seg fagleg etter å ha arbeidd med kvardagsrehabilitering.

Ein informant (fysioterapeut) beskriv korleis ho måtte veksle mellom å utøve kvardagsrehabilitering og å motivere og undervise andre tilsette for at dei skulle lukkast med kvardagsrehabilitering. Andre informantar (sjukepleiarar) beskriv korleis tradisjonelle oppgåver i heimetenesta konkurrerte med kvardagsrehabiliteringa. Informantane kunne ha ulik tilnærming hjå brukaren avhengig av om ein var på jobb i heimetenesta eller i spesialistteamet. Det vart krevjande å halde på rolla i spesialistteamet slik Førland og Skumsnes (2016) også har vist. Studiar syner at det kan vere utfordringar knytt til samarbeid og rolleavklaringar (Birkeland et al., 2018; Birkeland et al., 2017; Førland & Skumsnes, 2016). Informantane uttrykkjer også at dei må vere fleksible og prioritere oppgåver i heimetenesta framfor kvardagsrehabilitering. Vidare må dei ta att oppgåvene med kvardagsrehabiliteringa seinare på dagen, og får på denne måten meir arbeid. Liknande funn er vist av Kassah og Tønnesen (2016) som har synt korleis sjukepleiarar tek på seg oppgåver som formelt er lagt til andre, og vidare at ei moralsk forplikting er bærande i samhandlinga.

Informantane beskriv ein samanheng mellom kvardagsrehabilitering og digitalisering, og korleis digitale verktøy lettar samhandlinga om kvardagsrehabilitering. Vi vart overraska over dette funnet fordi tidlegare studiar syner at ulike digitale verktøy er utfordrande og i liten grad forankra i omsorgstenesta. Dette vert forklart med mellom anna sprikande kunnskapsnivå og manglende opplæring (Huemer & Eriksen, 2017; Kassah, Tingvoll & Kassah, 2014). Informantane i vår studie beskrev korleis ulike digitale verktøy som mobilpleie og e-link er gode hjelpemiddel i samhandlinga om kvardagsrehabilitering i kvardagen. Informantane jobbar tett med heimetenesta og har hatt god erfaring med den digitale samhandlinga, sjølv om det har teke lang tid. Liknande funn er vist av Hellesø et al. (2019), som syner at samhandlinga mellom sjukepleiarar i sjukehus og kommune har vorte betre og meir tilgjengeleg med elektroniske meldingar.

Digitalisering er eit viktig verkemiddel for å legge til rette for betre samhandling og meir koordinerte tenester til brukarane (Direktoratet for e-helse, 2018). Informantane beskriv korleis dei orienterte fastlegen via elektroniske meldingar i journalsystemet når nye brukarar starta med kvardagsrehabilitering, og fekk naudsynt informasjon frå fastlege før oppstart. Elektroniske meldingar kan lesast av alle involverte i heimetenestene, og informasjonen når raskt fram til den enkelte. Det er nyttig i møte med brukaren, og ein veit kva ein skal gjere. Kvardagsrehabilitering og digitalisering vert ein del av den samla tenesta, og funna kan tyde på at kompetansen innan digitalisering har auka dei siste åra. Dette er i tråd med ein tidlegare studie som syner at sjukepleiarar i heimesjukepleia erfarer elektronisk meldingsutveksling som ei fagleg styrking (Borgen, Melby, Hellesø & Steinsbekk, 2015).

Betydinga av ein møtestad for samhandling for deling og utvikling av kunnskap vert understreka og etterspurt (Hjelle et al., 2016; Kassah & Tønnessen, 2016; Lo, Waldahl & Antonsen, 2019). Mangelen på ein slik møtestad kan føre til fragmentert oppgåvefordeling (E. Vik, 2018). Våre funn syner at digitale verktøy kan fungere som ein møtestad for samhandling om kvardagsrehabilitering i heimetenesta. Digitale verktøy kan bidra til at brukaren får rett hjelp til rett tid gjennom ei heilheitleg og koordinert helse- og omsorgsteneste (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Det er behov for studiar som ser nærmere på kva betyding auka digitalisering har fått for samhandling om kvardagsrehabilitering.

Konklusjon

Hensikta med studien var å utforske og beskrive korleis tilsette i heimetenestene erfarer samhandling om kvardagsrehabilitering, og funna kan bidra til å nyansere det komplekse omgrepene samhandling. Funna syner at informantane erfarer ein ambivalens i samhand-

linga ved kvardagsrehabilitering. På den eine sida erfarer informantane god samhandling innad i teamet, medan samhandlinga med «dei andre» i heimetenesta er meir utfordrande. Ambivalensen i samhandlinga kan forståast som at informantane opplever å stå i eit spenningsfelt mellom relasjonelt samarbeid og operasjonelt lukka samarbeid. Vidare syner funna at informantane ser fleksibilitet som sentralt for at kvardagen skal fungere. Noko som medfører at informantane tek på seg meir arbeid for å lukkast med kvardagsrehabilitering. Funna syner vidare at auka digitalisering med nye verktøy som elektroniske meldingar og dokumentasjon via mobil lettar samhandlinga. Digitale verktøy fungerer som ein møteplass for samhandling om kvardagsrehabilitering, og kan bidra til at brukaren får rett hjelp til rett tid. Det er behov for vidare studiar som ser på korleis elektroniske verktøy bidreg i samhandling om kvardagsrehabilitering.

Referansar

- Aspinal, F., Glasby, J., Rostgaard, T., Tuntland, H. & Westendorp, R. G. J. (2016). New horizons: Reablement - supporting older people towards independence. *Age and Ageing*, 45(5), 572–576. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw094>
- Birkeland, A., Langeland, E., Tuntland, H., Jacobsen, F. F. & Førland, O. (2018). Hverdagsrehabilitering – integrert eller spesialisert? *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 14(1). <https://doi.org/10.7557/14.4403>
- Birkeland, A., Tuntland, H., Førland, O., Jakobsen, F. F. & Langeland, E. (2017). Interdisciplinary collaboration in reablement – a qualitative study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 10, 195–203. <https://doi.org/10.2147/jmdh.s133417>
- Borgen, K., Melby, L., Hellesø, R. & Steinsbekk, A. (2015). Elektronisk meldingsutveksling mellom hjemmetjenestene og fastleger. *Sykepleien forskning*, (1), 44–51. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2015.53388>
- Direktoratet for e-helse. (2018). Konseptvalgutredning. Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Henta frå <https://ehelse.no/publikasjoner/konseptvalgutredning-nasjonal-løsning-for-kommunal-helse-og-omsorgstjeneste>
- Fürst, R. & Høverstad, L. (2014). *Fra passiv mottaker til aktiv deltaker: hverdagsrehabilitering i norske kommuner* (KS FoU-prosjekt no.134027). Henta frå https://www.ks.no/contentassets/2a24da316800408bba124dc1a6c6943b/ks_temahefte_hverdagsrehabilitering_f38-2.pdf
- Førland, O. & Skumsnes, R. (2016). *Hverdagsrehabilitering – En oppsummering av kunnskap*. Henta frå <http://hdl.handle.net/11250/2414929>
- Goodwin, N., Stein, V. & Amelung, V. (2017). What is integrated care? I V. Amelung, N. Stein, R. Goodwin, E. Balicher, E. Nolte, & E. Suter (Red.), *Handbook in integrated care* (s. 3–23). Hannover: Springer International Publishing AG.
- Hartviksen, T. A. & Sjølie, B. M. (2017). *Hverdagsrehabilitering. Kvalitetsforbedring i norske kommuner*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Hellesø, R., Lyngstad, M., Brattheim, B. & Melby, L. (2019). Samhandling mellom sykepleiere i spesialist- og kommunehelsetjenesten før, under og etter samhandlingsreformen. I R. Hellesø & R. M. Olsen (Red.), *Digitalisering i sykepleietjenesten – en arbeidshverdag i endring* (s. 153–176). Oslo: Cappelen Damm.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (Meld. St. 47 (2008–2009)). Henta frå <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg* (Meld. St. 29 (2012–2013)). Henta frå <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*. (Meld. St. 15 (2017–2018)). Henta frå <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>

- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. LOV-2011-06-24-30. Henta fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Hjelle, K. M., Skutle, O., Alvsvåg, H. & Førland, O. (2018). Reablement team's roles: A qualitative study of interdisciplinary teams' experiences. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 11, 305–316. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S160480>
- Hjelle, K. M., Skutle, O., Førland, O. & Alvsvåg, H. (2016). The reablement team's voice: a qualitative study of how an integrated multidisciplinary team experiences participation in reablement. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 9, 575–585. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S115588>
- Huemer, J. & Eriksen, L. (2017). Teknologi i Samhandlingsreformen. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 7(1), 48–62. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2017-01-05>
- Jokstad, K., Landmark, B. T., Hauge, S. & Skovdahl, K.-I. (2016). Eldres erfaringer med hverdagsrehabilitering – Mestring og muligheter – krav og støtte i et dynamisk samspill. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(3), 212–221. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2016-03-07>
- Kassah, B. L. L., Tingvoll, W.-A. & Kassah, A. K. (2014). *Samhandlingsreformen under lupen : kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kassah, B. L. L. & Tønnessen, S. (2016). Samhandling i kommunale helse- og omsorgstjenester – en studie av hjemmesykepleieres erfaringer. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(04), 342–358. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2016-04-04>
- Kjellberg, P. K., Helgestad, A. H., Madsen, M. H. & Rasmussen, S. R. (2013). *Kartlægning av kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet*. Henta fra <https://www.forskningsdatabasen.dk/en/catalog/2440407517>
- Langeland, E., Førland, O., Aas, E., Birkeland, A., Folkestad, B., Kjeken, I., Jacobsen, F. F. & Tuntland, H. (2016). *Modeller for hverdagsrehabilitering – en følgeevaluering i norske kommuner. Effekter for brukerne og gevinsten for kommunene?* Bergen: Senter for omsorgsforskning.
- Lo, C., Waldahl, R. H. & Antonsen, Y. (2019). Tverrfaglig, sammenkoblet og allestedsnærværende – om implementering av velferdsteknologi i kommunale helse- og omsorgstjenester. *Nordisk välfärdsforskning | Nordic Welfare Research*, 4(01), 9–19. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-4161-2019-01-02>
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Moe, A. & Brataas, H. V. (2016). Interdisciplinary collaboration experiences in creating an everyday rehabilitation model: a pilot study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9(1), 173–182. <https://doi.org/10.2147/jmdh.s103696>
- Moe, A., Ingstad, K. & Brataas, H. V. (2017). Patient influence in home-based reablement for older persons: qualitative research. *BMC Health Services Research*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2715-0>
- Moe, C. F. (2017). *Hverdagsrehabilitering i praksis. En studie av spenningsfeltet mellom ulike aktører og interesser*. Doktoravhandling. Nord Universitet, Bodø.
- Moe, C. F., Gårseth-Nesbakk, L. & Brinchmann, B. S. (2019). Medspill og motspill mellom profesjonene tilknyttet hverdagsrehabilitering. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 5(01), 1–16. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-01-04>
- Ness, N. E., Laberg, T., Haneborg, M., Granbo, R., Færevaag, L. & Butli, H. (2012). *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering*. Ved prosjektgruppe "Hverdagsrehabilitering i Norge". Oslo: Ergoterapeutene, Norsk sykepleierforbund, Norsk fysioterapeutforbund.
- NOU 2011:11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Henta fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-11/id646812/>
- Orvik, A. (2015). Samhandling – begrep og kompetanse. I A. Orvik (Red.), *Organisatorisk kompetanse. Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (s. 209–231). Oslo: Cappelen Damm AS.
- 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. <https://doi.org/10.1111/opn.12013>

- Statistisk Sentralbyrå. (2019). Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester. Henta frå <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie>
- Tuntland, H. & Ness, N. E. (2014). *Hverdagsrehabilitering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vik, E. (2018). Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(02), 119–147. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03>
- Vik, K. (2018). Hverdagsrehabilitering og tverrfaglig samarbeid; en empirisk studie i fire norske kommuner. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(01), 6–15. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-01-05>
- World Medical Association Declaration of Helsinki. (2008). Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Henta frå https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/Ethics_manual_3rd_Nov2015_en.pdf